

発作性夜間ヘモグロビン尿症の増悪を契機に発症した急性冠症候群の一例

唐津赤十字病院 循環器内科

○有馬 岳史、柿本 洋介、古川 陽介、轟木 渉、橋本 重正、森 唯史

症例は60代男性。15歳時から貧血を指摘されており、入院精査などされたが明らかな原因は特定できなかった。夜間特有ではなかったが、感染や疲労時など不定期に黒色尿の増強と貧血の増悪を繰り返しており、貧血の進行時には近医で輸血を認め、入院1か月前、感冒症状後から体調不良が続いており、入院数日前からは黒色尿・血尿の増強あり、全身倦怠感も増悪していた。その後意識消失で当院へ救急搬送となり、病歴、入院時Hbの低下やLDHの著明な上昇などの血液検査所見、Ham 試験陽性などから、発作性夜間ヘモグロビン尿症（PNH）が強く疑われた。また、入院時心電図でI、aVL、V4-V6に陰性T波と、II、III、aVFにT波増高あり、心エコー検査では下壁領域の壁運動低下を認め、急性冠症候群が疑われた。しかし、PNHによる血拴傾向による場合には、抗凝固療法に抵抗性のある多発冠動脈内血拴の症例も報告されており、心筋逸脱酵素の上昇が軽度であったこともあり、保存的加療後に冠動脈造影検査を施行した。その際に右冠動脈seg2に閉塞を認め、ステント留置術も考慮したが、ひとまずバルーン拡張術のみで急性期を乗り切り、その後エクリズマブを開始した。今回、PNH増悪を契機に発症したと考えられる急性冠症候群の一例という、臨床的に非常に稀な症例を経験したため、文献的考察を加えてする。

0-3-12

塩分嗜好のある急性心筋梗塞患者への食事指導方法の検討
福井赤十字病院 看護部

○市橋 友香、西川 順子、鈴木 あゆ

【はじめに】塩分嗜好がある急性心筋梗塞患者A氏に対して行った食生活改善のための関わりをプロチャスカの変化ステージ理論を用いて分析し、どのような関わりが有効であったのかを検討する。
【事例紹介】A氏80代男性。妻と二人暮らし。急性心筋梗塞で緊急入院し、経皮的冠動脈形成術を受け、15日間入院した。
【経過と看護の実際】無関心期：ICU退室後の床上安静中、A氏は安静の必要性を説明しても受け入れられず、食事も「病院食は味が薄い」と訴えていた。この間は、無理に指導を行わず、状態の安定と床上安静解除を待つ心臓病教室への参加を促した。関心期：妻と共に心臓病教室に参加したA氏は、「今までの食事で全然あかんかった」と初めて危機感を持った。そこで、A氏の食生活を詳細に聞き出し、改善できる点を一緒に考えた。A氏は漬物やへしなどをすることが趣味であった。漬物は3食毎日食べ、食べる際には醤油と味の素をかけて食べていた。そのため、趣味ですることはいいが、摂取量を減らして醤油や味の素をかけずに食べてはどうかと提案をすると、納得していた。準備期：A氏は退院後の食生活に関心が高まり、希望して妻と共に管理栄養士からの指導を受けた。実行期：退院後にA氏と妻にインタビューを行うと、入院中に提案した改善点を退院後の食生活に取り入れ、実行できていた。
【考察】人は無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期という5つのステージを経て生活習慣を変える、とする変化ステージ理論によって本事例を考えると、無関心期にあったA氏は、心臓病教室で正しい知識を得て、自己を再評価して危機意識をもつ関心期に移った。次に、A氏や妻と共に具体的な食生活の改善点を考えることで、A氏は行動変容に向けて準備ができ、退院後に食生活を変える実行期に入ることができた。

0-3-14

Stanford A型大動脈解離の手術成績、遠隔成績
旭川赤十字病院 心臓血管外科

○上山 圭史、大滝 憲二、小山 基弘

【はじめに】Stanford A型大動脈解離は自然予後不良なため緊急手術の適応となっているが、緊急で弓部置換まで行うとその手術成績は満足できるものではなかった。そこで当院では2005年よりEntry閉鎖をめざす手術方法に変更し良好な成績を得ているので報告する。
【対象】2005年1月より2015年4月までに旭川赤十字病院で行ったStanford A型大動脈解離症例52例。年齢49～86歳、男性18例女性34例。術前状態として意識混濁を伴うショック状態が13例のうち2例は術前心室細動となりDCを施行、1例はDCでも回復せずPCPSを使用した。またそれ以外の5例で心臓ドレナージを行った。既往としては大動脈弁置換術、脳動脈瘤クリッピング、縦隔腫瘍手術、腹部大動脈瘤人工血管置換術、経皮的冠動脈形成術の既往がそれぞれ1例づつあった。
【手術】手術は49例で上行大動脈置換またはHemiarch置換で弓部3分枝置換を行った症例は3例のみであった。また同時手術として内頸動脈バイパスを1例に、大動脈弁置換術を2例に、冠動脈バイパス術を2例に、大腿・大腿動脈バイパスを2例に、僧帽弁および三尖弁形成術を1例に同時施行した。またDeBakeyIII型逆行性解離の一例ではステントグラフトによるEntry閉鎖を先行して行った後上行置換を行った。
【成績】手術死亡、非退院死亡はなかったが86歳の1例はリハビリ病院転院後誤嚥性肺炎を起こし失った。また1例は残存する遠位弓部瘤の破裂で失った。他の一例は3年後新たにStanford B型解離を発症し腸管虚血を発見失った。解離に関連する再手術としては1例でBentall手術を、1例で下行胸部置換術を、1例で胸部ステントグラフト挿入術を行った。
【結論】急性大動脈解離に対しEntry閉鎖を基本とし、弓部分枝再建を極力避ける手術法は手術成績、隔成績とも満足できるものであり、治療法として妥当と思われた。

急性心筋梗塞後に低カリウム血症をきたした3例についての検討

熊本赤十字病院 循環器内科

○林 広隆、涸上 俊一郎、角田 隆輔

【目的】急性心筋梗塞（AMI）後合併症の一つとして不整脈が挙げられるが、その誘因として血清カリウム（K）値の変動が指摘されている。今回、AMIに対して経皮的冠動脈形成術を施行後に低K血症をきたしたため、Kの補充を行い良好な経過をたどった3症例を経験したので検討する。
【症例1】58才男性。AMI（前壁、左冠動脈前下行枝 #7完全閉塞）。発症3.5時間後の来院時K値：3.5mEq/L（eGFR:72.3）であったため、第2病日まで点滴にてK:20mEq/日の補充を行い、さらに第8病日まで内服での補充を行いK:4.4 mEq/Lまで改善した。特に不整脈などの合併症はなく、第20病日に自宅退院となった。
【症例2】75才男性。AMI（前壁、左冠動脈前下行枝 #7完全閉塞）。発症2.5時間後の来院時K値：4.0mEq/L（eGFR:59.7）であった。しかし第3病日にPSVTが出現、K値：3.8mEq/Lに低下していたため第12病日まで内服で補充（K:24mEq/日）を行いK:4.5 mEq/Lまで改善した。K値の上昇とともにPSVTの出現は消失、その後は問題なく経過して第17病日に自宅退院となった。
【症例3】57才女性。AMI（下壁、右冠動脈 #2完全閉塞）。発症1時間後の来院時K値：4.0mEq/L（eGFR:69.6）であった。ICU入室時に非持続性心室頻拍（NSVT）が出現、K値：3.7mEq/Lに低下していたため点滴にてK:20mEq/日の補充を第2病日まで行いK:4.6 mEq/Lまで改善した。補充開始後はNSVTの出現はなく、第7病日に自宅退院となった。
【考察・結語】AMI後に生じた低K血症に対して補充を行い良好な経過をたどった3症例を経験した。AMIの合併症としての不整脈について低K血症が誘因となっている可能性が示唆される。AMI後の不整脈とK値の相関について若干の文献的考察を加えて報告する。

0-3-13

右冠動脈への静脈グラフトの閉塞により発症した下壁急性心筋梗塞の2例
長岡赤十字病院 循環器内科

○藤田 俊夫、五十嵐 聖、保屋野 真、桑野 浩彦、江部 克也

【はじめに】バイパス術後の静脈グラフトは、経年変化により変性と動脈硬化が進展することが知られている。今回この静脈グラフトが血栓性閉塞を呈して急性心筋梗塞を発症した2例を経験したので考察を加えて報告する。
【症例1】59歳男性。06年下壁急性心筋梗塞で#2にstent留置、更に前下行枝と回旋枝にもstentが留置されていた。内服中断後12年に不安定狭心症となり、stent部位の閉塞による3枝病変を認め、バイパス術が施行された。右冠動脈へは静脈グラフトが使用されていた。15年3月胸痛が持続することより救急搬送された。下壁急性心筋梗塞で右冠動脈への静脈グラフトの閉塞を認めた。血拴吸引後にグラフトの狭窄を認め、血管内超音波でグラフトの慢性動脈硬化性変化を認め、stent留置で良好に拡張された。
【症例2】67歳男性。94年前壁心筋梗塞で#6完全閉塞、#1完全閉塞を認め、バイパス術が施行された。右冠動脈へは静脈グラフトが使用されていた。15年3月胸痛が持続することより救急搬送された。下壁急性心筋梗塞で右冠動脈への静脈グラフトの閉塞を認めた。血拴吸引後グラフト吻合部より末梢の右冠動脈の狭窄を認め、血管内超音波ではグラフトの動脈硬化は認めず、吻合部より末梢の動脈硬化性変化を認め、stent留置で良好に拡張された。
【考察】右冠動脈への静脈グラフトの閉塞により発症した下壁急性心筋梗塞の2例を経験した。同じ静脈グラフトの閉塞でも、血拴吸引後の造影と血管内超音波の所見より、静脈グラフト自体の動脈硬化進展による不安定プラークの破裂に伴う血拴閉塞と末梢の冠動脈自体の動脈硬化進展による不安定プラークの破裂に伴う逆行性血拴閉塞があると考えられた。

0-3-15

手術前後に異なる脳合併症を呈した活動期感染性心内膜炎の1手術例
姫路赤十字病院 心臓血管外科

○田井 龍太、黒子 洋介、毛利 亮

活動期感染性心内膜炎の脳合併症は多彩な臨床症状を示し、治療へ影響を与えることが多い。特に出血性合併症がおこると、外科的介入の時期決定に苦慮することがあり、術中術後の脳神経学的合併症も危惧される。今回、結果的に脳神経学的後遺症は残さず軽快したが、手術前後に異なる脳合併症を呈した感染性心内膜炎の1例を経験したので報告する。
【症例】47歳女性。子宮頸癌にて手術、化学療法、放射線治療の既往あり。放射線性腸炎による慢性イレウスにてVポート留置し高カロリー輸液を行っていた。熱発を主訴に救急外来受診、ショック状態にてICU入院となった。敗血症と診断され、ポート抜去、熱源精査にて僧帽弁後尖に可動性のある巨大疣贅を認め、血液培養にてメチシリン感受性ブドウ球菌を検出、活動期感染性心内膜炎と診断された。準緊急手術が考慮されたが、全身精査にて右頭頂葉および後頭葉の出血性脳梗塞を認めたため、手術を延期し4週間の内科的治療を継続した。頭部CTにて出血性脳梗塞はほぼ吸収されたが、炎症反応は完全には陰転化せず、僧帽弁後尖には最大径16mmの疣贅が残存しており、外科介入を行うこととした。手術時、僧帽弁後尖P3に半球状の疣贅を認め、弁輪および弁下に組織破壊を認めた。感染部分を切除、除去し欠損部に自己心膜パッチを補填し弁形成を行った。麻酔覚醒良好で神経学的所見を認めなかったが、術後3日目に意識レベルの低下あり、頭部CTにて後頭蓋窩硬膜下血腫および水頭症を認めた。緊急ドレナージを予定したが徐々に意識レベルが回復、保存的に回復した。その後は良好に経過し退院した。